

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

No
356

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Le

SYNDROME PARALYTIQUE

en dehors de la

Paralysie Générale

et des Affections Syphilitiques

Limitation du Domaine de la Maladie BAYLE

PAR

Georges DANO

Président : Professeur, Ch. ACHARD

LIBRAIRE - ÉDITEUR
OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1922

330

356

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

320

THESE

BOOKS ARE NOT TO BE TAKEN OUT OF THE MEDICAL

Année 1922

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Le

SYNDROME PARALYTIQUE

en dehors de la

Paralyse Générale

et des Affections Syphilitiques

Limitation du Domaine de la Maladie BAYLE

PAR



Georges DANO

Président : Professeur, Ch. ACHARD

LIBRAIRE - ÉDITEUR

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. ROGER
Professeurs	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNEO
Physiologie.....	Charles RICHET
Physique médicale.....	André BROCA
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie.....	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.....	Marcel LABBE
Pathologie médicale.....	RENON
Pathologie chirurgicale.....	LECENE
Anatomie pathologique.....	LETULLE
Histologie.....	PRENANT
Opérations et appareils	DU VAL
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET
Thérapeutique.....	CARNOT
Hygiène.....	BERNARD
Médecine légale.....	BALTHASARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENÉTRIÉR
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER
Clinique médicale.....	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
	DUPRÉ
	JEANSELME
	Pierre MARIE
	TEISSIER
	DELBET
	LEJARS
	HARTMANN
	GOSSET
	DE LA PERSONNE
	LEGUEU
	BAR
	COUVELAIRE
	RRINDEAU
	J.-L. FAURE
	Auguste BROCA
	VAQUEZ
	SEBILEAU

Agrégés en exercice

MM.			
ABRAMI	DUIVOIR	LANGLOIS	PHILIBERT
ALGLAVE	FISSINGER	LARDENOIS	RATHERY
BASSET	GARNIER	LE LORIER	REITERER
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEMIERRE	RIBIERRE
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LEQUEUX	RICHAUD
BRANCA	GUENIOT	LEREBoullet	ROUSSY
OAMUS	GUILLAIN	LERI	ROUVIERE
CHAMPY	HEITZ-BOYER	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ
CHEVASSU	JOYEUX	MATHIEU	TANON
CHIRAY	LABBÉ Renri	METZGER	TERRIEN
CLERC	LAIGNEL-LAVAS-	MOCQUOT	TIFFENEAU
DEBRE	TINE	MULON	VILLARET
DESMAREST		OKINCZYC	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Avec mes sentiments reconnaissants.

A MA FEMME

Comme témoignage d'affection.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital NECKER
Chevalier de la Légion d'Honneur

En hommage respectueux,

A MONSIEUR LE DOCTEUR THABUIS

Pharmacien des Asiles de la Seine

En remerciement de sa bienveillance
à mon égard.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PARANT

Interne des Asiles de la Seine

Avec un très amical souvenir.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Au moment où psychiatres et neurologistes de France et de l'Etranger se réunissent pour fêter solennellement à Paris, le centenaire de la célèbre thèse dans laquelle Bayle, en 1822, donnait la première description de la paralysie générale, il n'est pas sans intérêt de souligner une fois de plus, combien malgré cent ans de travaux et de recherches incessantes, l'histoire de cette maladie comporte encore d'obscurité, et combien il est difficile au clinicien de pouvoir, dans nombre de cas, affirmer le diagnostic de paralysie générale.

Nous nous sommes proposé dans ce travail, de passer en revue, d'un point de vue purement clinique, et faisant appel au laboratoire, mas sans critiquer ses méthodes, les principales causes d'erreur pouvant entraîner indûment au diagnostic de paralysie générale.

Nous avons eu la bonne fortune de pouvoir observer plusieurs malades pour lesquels le diagnostic porté dans le premier certificat d'internement, dût être révisé.

Pour d'autres cas rentrant dans le cadre de notre étude, nous avons dû nous reporter aux observations éparses dans la littérature médicale.

Nous nous sommes volontairement limité. Notre excellent ami, le docteur Louis Parant, a déjà consacré sa thèse à l'étude du diagnostic des syndrômes paralytiques observés en dehors de la paralysie générale mais dus toutefois à des lésions syphilitiques (1). Nous avons en quelque

(1) Louis Parant, Le diagnostic des syndrômes paralytiques chez les syphilitiques, en dehors de la paralysie générale. Thèse, Paris, 1922.

sorte complété son travail, en nous consacrant à notre tour aux cas où les syndrômes réalisés NE SONT PAS DUS A LA SYPHILIS. Nous sommes heureux de le remercier bien vivement des renseignements qu'il nous a donnés au cours de notre travail, et des quelques observations qu'il a bien voulu nous communiquer.

Nous avons cru inutile de retracer l'historique de la paralysie générale, bien connue de tout le monde, et que l'on trouve dans tous les Manuels. Il eut tout au plus été intéressant, pour ce qui nous concerne, de retracer l'opposition entre les tendances unicistes, qui reconnaissent à la paralysie générale une individualité nosographique bien nette (maladie de Bayle) et les conceptions défendues surtout par Klippel, qui veulent voir la paralysie générale comme un simple syndrôme, pouvant relever des étiologies variées, et revêtir des allures cliniques diverses.

Mais nous ne saurions mieux faire que de renvoyer pour cela aux remarquables rapports de M. Semelaigne et de M. Arnaud aux Fêtes du Centenaire, et aux discussions qui les ont suivis (1).

Quant à nous, déclarons franchement que nous considérons la paralysie générale comme ayant une individualité nosographique définie, avec une étiologie, une symptomatologie, des lésions, une évolution constante, avec toutefois une variété de formes cliniques qui ne sauraient pas plus faire défaut pour cette maladie que pour toutes les autres étudiées en pathologie.

C'est de ce point que nous partirons pour envisager certains cas particulièrement intéressants, ou des infections bien différentes revêtent — tout au moins épisodiquement — les allures cliniques de la Maladie de Bayle.

(1) René Semelaigne : 1° *Bayle et les travaux de Charenton*. Centenaire de la Thèse de Bayle; 2° Rapport, 30 mai 1922; Arnaud, *La Paralysie générale après Bayle*, 30 mai 1922; 3° Rapport.

CHAPITRE PREMIER

GENERALITES

L'étude du syndrome humoral et la recherche dans le liquide céphalo rachidien de la formule neuro-syphilitique ont considérablement déblayé le domaine de la paralysie générale et permettent d'éviter immédiatement un grand nombre d'erreurs de diagnostic (1).

Mais il arrive souvent qu'un malade, présentant un syndrome paralytique plus ou moins net, soit en même temps syphilitique, que la formule chimio-cytologique de son liquide céphalo rachidien, soit celle de la neuro-syphilis, alors que celle-ci n'est pas la cause déterminante de ses troubles mentaux.

Il est des formes torpides de syphilis nerveuse sur

(1) La réaction de Guillain au benjoin colloïdal, et les autres méthodes similaires dérivées des travaux de Lange, permettrait, en effet, de constater une courbe particulière, dite courbe paralytique, spéciale à la P. G. Ces travaux sont encore à l'étude; citons en particulier, en France, ceux de Haguenau (Thèse, Paris 1921), de Targowla (Société de Biologie, 16 juillet 1920), de Cestan et Riser (*Toulouse Médical*, 15 janv. 1922; *Annales de Dermatologie*, 1922, n° 2, etc.).

lesquelles Ravaut a longuement insisté à la réunion neurologique de 1920 (1), qui ne s'accompagnent d'aucune manifestation clinique. Elles ne comportent, en effet, aucune lésion localisée et ne déterminent aucun trouble psychique.

A vrai dire la formule humorale *typique* de la paralysie générale ne ressemble pas à celle de ces syphilis méningées torpides et plus ou moins transitoires ; mais il est bien fréquent de trouver au cours de paralysies générales avérées, des formules humorales atypiques, soit par la faiblesse, soit par l'exagération de la teneur en albumine ou en lymphocytes.

Dans la pratique, les erreurs sont en raison de cela fréquentes et difficiles à éviter.

Lorsqu'en effet la notion du terrain syphilitique est connue, comment ne pas se laisser entraîner vers l'hypothèse de P. G. lorsque l'on voit son tableau si nettement réalisé et accompagné de quelques signes neurologiques et humoraux ?

Nous verrons que dans ces cas l'évolution des troubles mentaux et celle des manifestations syphilitiques sont tout à fait dissociées. Souvent la lymphocytose, seul signe humoral trouvé positif, mais qui entraîne cependant le clinicien à admettre la P. G., n'a pas d'autre valeur que celle de cicatrice de méningite secondaire syphilitique guérie.

Nous laisserons délibérément de côté la question si

(1) *Revue neurologique*, 1920, page 632.

débatue de la P. G. d'origine traumatique, niée par quelques auteurs contemporains, admise au contraire par Vallon et Paul (1), par Colin (2) et quelques autres ; nous ne nous préoccupons pas de l'étiologie ; il nous suffit que, syphilitique, le malade présente le syndrome paralytique quelle qu'en soit la cause. Or, la P. G. traumatique n'a pas une symptomatologie particulière (Claude).

Au contraire, nous nous sommes intéressés sans idées préconçues à toutes les manifestations séméiologiques pouvant faire penser à la P. G. et ayant pu faire commettre une erreur de diagnostic. Et nous les avons classées.

Au premier rang doivent être rangés les états maniaques et les états dépressifs. Ce sont eux, surtout chez les alcooliques, qui entraînent à des erreurs lorsque le malade est syphilitique.

Dans l'épilepsie, l'erreur peut quelquefois être commise tant que l'on n'a pas eu l'occasion de reconnaître les manifestations comitiales.

Nous verrons ensuite les erreurs possibles au cours des autres démences.

La débilité mentale, lorsqu'elle est associée à d'autres troubles, peut donner lieu à des erreurs, et a fait l'objet d'un chapitre spécial.

(1) Vallon et Paul. Un cas de P. G. d'origine traumatique, *Encéphale* décembre 1908.

(2) H. Colin : *Soc. Clin. de Méd. Ment.*, 1908, p. 59.

Voir aussi Pautet, *Bullet. de la Soc. de Méd. Ment.*, 1910, p. 18.

Vigouroux et Naudascher, *Bull. de la Soc. de Méd. Ment.*, 1910, p. 35.

Legrain et Trenel, *Bull. de la Soc. de Méd. Ment.*, 1914, p. 170.

Juquelier et Courjon, *Bull. de la Soc. de Méd. Ment.*, 1910, p. 27.

Régis et Verger, la P. G. traumatique, 1913.

Enfin, nous nous sommes plus longuement étendu sur les intoxications et les infections qui déterminent parfois de véritables syndrômes paralytiques plus ou moins transitoires, et nous avons pour finir brièvement rappelé l'expérience de la guerre en matière de commotions.

CHAPITRE II

PSYCHOSE A DOUBLE FORME

Les plus fréquentes parmi les erreurs de diagnostic que nous avons actuellement en vue, semblent être constituées par les cas où le syndrome paralytique est réalisé chez les syphilitiques par un état maniaque, ou, moins souvent, par de la dépression mélancolique.

C'est dans ces cas que le tableau clinique de la paralysie générale est le mieux contrefait.

Les périodes d'excitation sont fréquentes au début de la P. G., qui très souvent avant l'apparition des signes moteurs (dysarthrie, tremblements) revêt l'allure de la manie aiguë. Aussi soupçonnera-t-on facilement la P. G. devant les manifestations de suractivité intellectuelle que Régis (1), Parant père (2) ont bien mises en lumière dans la période préparalytique.

(1) Régis, de la *dynamie* ou exaltation fonctionnelle au début de la P. G., 1885.

(2) V. Parant père, suractivité intellectuelle sans délire ni démence, dans la période prodromique de la P. G., *Ann. Méd. Psych.*, 1887.

Mais nous laissons de côté l'étude des rapports bien connus de la P. G. véritable avec les états maniaques et dépressifs (1) qui apparaissent au cours de son évolution.

EXCITATION MANIAQUE. — Les états maniaques accompagnés souvent d'idées de grandeur et de propos absurdes en apparence, peuvent souvent faire penser à la P. G. Cette erreur se produira ici plus fréquemment que dans les périodes de dépression, d'autant que la forme expansive de la P. G. est, comme on le sait, plus fréquente que sa forme dépressive.

Avant que la ponction lombaire ne soit pratiquée chez un malade, on peut être entraîné par certaines manifestations cliniques à une erreur de diagnostic que le laboratoire viendra bientôt corriger.

Il peut arriver cependant que cette erreur puisse se prolonger longtemps.

Ce fut le cas d'un malade de Louis Parant (2), âgé de 49 ans, qui présentait, lors de son internement de la confusion des idées, du délire, une agitation extrême le rendant dangereux ; un affaiblissement des facultés avec propos sans suites ; de l'embarras de la parole, du myosis et de la paresse pupillaire. Le diagnostic de P. G. fut porté avec persistance.

Mais la justesse du raisonnement et l'intégrité du ju-

(1) Voir Christian et Ritti, art. du dict. Dechambre-Ritti, traité clin. de la folie à double forme, 1882; Arnaud, diag. de la P. G., Congrès de Toulouse, 1897, p. 55-65; Gilles de la double forme dans ses rapports avec la P. G. Thèse, Paris, 1888.

(2) Louis Parant, le syndrome paralytique dans les psychoses intermittentes et alternes. Mémoire couronné par la Soc. de Méd. de Toulouse, mai 1922.

gement firent émettre des réserves. En effet, la ponction lombaire, renouvelée un an après l'entrée du malade, a montré un Bordet-W. négatif dans le L. C. R., ainsi que dans le sang.

A l'autopsie, on a constaté une grosse hémorragie sous-duremérienne, *mais aucune lésion de P. G.*

Dans de tels cas, la ponction lombaire permet, du vivant du malade, de rectifier l'erreur initiale, dans d'autres cas plus difficiles la ponction lombaire donne au contraire des résultats positifs. Seuls, le psycho-diagnostic et l'observation longue et attentive permettent à l'aliéniste de réformer alors sa première erreur. Tel le cas suivant :

OBSERVATION I

R... Louis, 52 ans, docteur en médecine, est conduit à l'infirmerie spéciale du Dépôt, le 27 février 1919, pour des faits qui n'ont pas été précisés, et dirigé sur St. Anne avec le certificat suivant : « P. G. progressive, affaiblissement psychique. Incohérence des propos. Désordre des actes, variabilité de l'humeur, pleurs, lamentations alternant avec des rires de l'euphorie, de l'irritabilité, etc.,.

A l'infirmerie : coups frappés dans la porte, colère, furieux, révolté, etc.,.

Transfert au capiton. Il prétend avoir eu deux fois la syphilis à 25 et à 40 ans. « Sa femme a eu deux amants. Il a un cancer à la base de la langue et de l'œsophage. » En réalité sclérose fissuraire et papillomateuse de la langue. Leucoplasie jugale et commissurale. *Embarras de la parole. Insta-*

bilité de la langue et des mains. Vivacité diffuse des réflexes tendineux. *Inégalité des pupilles* qui réagissent ».

Le diagnostic de P. G. basé sur les signes neurologiques que nous avons soulignés dans le certificat d'entrée, et confirmé, semblait-il par l'incohérence des propos et le désordre des actes, est maintenu à l'Asile .

L'agitation du malade et son excitation verbo-motrice, ses propos déraisonnable, sa tenue négligée et sale s'accompagnent de quelques signes organiques, en particulier de troubles pupillaires.

La notion de syphilis est affirmée avec certitude.

La dysarthrie semble assez marquée. La ponction lombaire pratiquée à ce moment donne une hyper-albuminose et de la lymphocytose qui semblent confirmer le diagnostic.

Depuis 2 ans que ce malade se trouve dans le même service, il est toujours dans le quartier des agités et s'y trouve bien. Il ne demande ni à sortir de l'Asile, ni à passer dans un quartier où il trouverait plus de confort ; de même il témoigne une certaine indifférence à l'égard de sa femme et de toute sa famille. Peut-on mettre cela sur le compte d'une indifférence affective de nature démentielle imputable à la P. G. ?

Ni l'évolution de la maladie, ni la modification des signes neurologiques, ni surtout l'étude du fonds mental ne peut permettre une telle conclusion.

Une ponction lombaire pratiquée le 12 juillet 1921, soit 2 ans $\frac{1}{2}$ après son entrée à l'asile, montre une disparition presque complète de tous les signes humoraux :

Albumine. — 1 gramme (présence de sang en quantité notable, modifiant la valeur de ce chiffre).

Réaction de Guillain : entièrement négative.

Réaction de Bordet W négative avec un cc. de liquide.

Le signe d'Argyll persiste, et signe l'atteinte syphilitique du nevraxe. Par contre, la dysarthrie qui avait frappé au

début, n'est qu'un bredouillement particulier chez un homme qui parle trop vite ; plusieurs frères et sœurs du malade présentent du reste également des troubles de la prononciation.

Enfin, le malade est loin de présenter un affaiblissement intellectuel global ; ses réparties sont vives, spirituelles, l'association des idées est rapide, la mémoire est bonne, le jugement et l'autocritique sont parfaitement conservés et s'accompagnent souvent d'un esprit d'à propos et d'une plaisante ironie.

Un jour nous le trouvons enfermé dans une chambre d'isolement, presque nu, seul, et lisant un livre d'anatomie ; il nous dit que n'ayant plus à exercer la médecine, et ayant des loisirs, il est temps qu'il se mette à apprendre l'anatomie.

Le psycho-diagnostic pouvait ici permettre de ne plus penser à la P. G. Au contraire le malade se comporte comme un excité maniaque chronique qui d'autre part a dû faire des poussées de méningite syphilitique ; mais ce n'est pas à la syphilis qu'on doit imputer l'origine de cette psychose.

En recherchant les *antécédents* du malade, on apprend que sa mère a un tic de la face, que son oncle maternel est mort de P. G., que ses quatre frères sont tous plus ou moins anormaux. L'un d'eux s'est ruiné aux courses, il a une tête volumineuse. Le plus jeune, ainsi que sa sœur, parlent d'une façon défectueuse. Le seul frère normal est arrivé à une belle situation. Le malade se présente lui-même également comme un anormal. Son caractère est depuis longtemps difficile, emporté, paranoïaque ; quand sa femme le contrarie, il la traite de folle.

En remontant dans sa vie, on retrouve une série d'épisodes pathologiques.

Vers 1907, étant en Touraine, il a eu un « accès de délire avec agitation, douleurs dans les membres » ayant duré trois mois ; enfin, déjà vers l'âge de la trentaine, il aurait eu « une crise », cela ne l'a pas empêché de réussir toutefois à

se constituer une belle clientèle à Paris, boulevard de Clichy.

En 1917, il est placé un mois dans la maison de santé du docteur P..., près de Paris, il en sort « calme, mais non guéri ».

En somme, la critique serrée des signes neurologiques et en particulier de la fausse dysarthrie, la constatation des modifications spontanées, des réactions humorales, et surtout la conservation des facultés intellectuelles, permettent de reconnaître que le diagnostic de P. G. a été porté indûment. Au contraire, la connaissance des périodes d'excitation passagère qui ont précédé l'état maniaque actuel permettent d'attribuer à la manie chronique, ou tout au moins à la psychose périodique telle que la concevait Gilbert Ballet, le syndrome paralytique observé lors de l'internement.

Dans certains cas, l'accès maniaque est sous la dépendance d'excès éthyliques qui rendent le diagnostic d'autant plus difficile que le liquide céphalo-rachidien est souvent alors hyper-albumineux, même en dehors de la syphilis ; mais dans l'alcoolisme on ne rencontre pas de lymphocytose.

Mais nous ne nous attarderons pas au diagnostic de ces cas. L'évolution rapide de ces états aigus, l'anamnèse, faciliteront le plus souvent un diagnostic que suffiraient à faire l'examen psychiatrique aidé de signes de Laboratoire.

DEPRESSION MELANCOLIQUE. — Moins fréquemment que par la manie, le syndrome peut être réalisé par la dépression mélancolique. Voici l'observation d'un syphilitique pour lequel l'erreur a pu être commise.

OBSERVATION II

Pierre Bou..., 54 ans, a été interné pour la première fois en octobre 1904 ; forgeron, ayant d'anciennes habitudes de boisson, il a contracté la syphilis en 1893.

Dans ses antécédents, il n'y a rien à relever. Son père vit encore, sa mère est morte âgée, il a un frère et deux sœurs en bonne santé, il s'est marié et n'a pas eu d'enfants.

Il n'a pas été mobilisé au début de la guerre, en raison de son âge. Dans le premier mois de la guerre, il chôme, change de métier, et de forgeron devient manœuvre, puis balayeur à l'Imprimerie Nationale.

Brusquement, au mois d'octobre 1914, il tombe dans la rue, on l'amène à l'hôpital Saint-Antoine, d'où le docteur Mosny le fait interner à Sainte-Anne, avec le diagnostic de « paralysie « générale, début par attaque apoplectiforme, lymphocytose « céphalorachidienne avec délire de paroles et d'actions, idées « de persécution. »

Le 13 octobre 1914, le certificat d'entrée du docteur Briand précise : « Hallucinations, idées vagues de persécution d'origine alcoolique. Sa fille veut le faire passer pour fou, « frayeurs nocturnes. Niveau mental en voie de déclin, cram- « pes dans les jambes, tremblements des mains, pituites. »

A la quinzaine on note : embarras intermittent de la « parole, mais se rend compte de son état et de ce qui se passe, « paraît orienté, demande à travailler. »

Le 26 mars 1915, « est suffisamment amélioré pour pouvoir être rendu à sa femme qui le réclame sous sa responsabilité ».

Le voilà rendu à la vie normale, trouvant difficilement du travail et s'adonnant à la boisson.

Son état de dépression psychique s'affirme de plus en plus. Il se croit interpellé et injurié dans la rue.

Il fait une tentative de suicide (qui semble toutefois n'avoir pas été destinée à finir tragiquement) et il est amené le 24 juin 1921 à l'Infirmierie spéciale, où le docteur Logre constate : « Dépression psychique, inhibition, ralentissement, « soupirs, pleurs, inertie prolongée, auto-accusation ; il a « commis un crime qui n'a pas de nom, on va l'exécuter ; « phase d'anxiété, désespoir, tentative récente de suicide par « strangulation (sillons sur le cou). Il a dit qu'il allait tuer « sa femme et se tuer après. Difficulté de calcul, embarras « intermittent de la parole, pupilles inégales (D. plus grande « que G.) réagissant peu à la lumière, réflexes achilléens « affaiblis, « hypoesthésie tendineuse, léger clangor, bron- « chite. »

Syphilis datant de 1893 (?) Alcoolisme chronique ancien ; déjà interné du 13 octobre 1914 au 29 mars 1915 pour « alcoolisme, embarras de la parole, paralysie générale ».

A l'asile il se présente avec la figure triste, la tête inclinée, le front plissé, les traits tirés, il parle à voix basse d'une façon monotone. Ce n'est que difficilement qu'on arrive à obtenir de lui des réponses sur les causes de sa dépression ; ce n'est qu'à voix lente et d'une façon mystérieuse qu'il avoue *son crime* : étant à l'Imprimerie Nationale (en 1914 ou 1915), la veille du jour de l'An, il a jeté au feu des papiers ; il ne peut cependant préciser si ces papiers étaient importants, il n'en sait rien. Et de fait, cet acte n'a aucune conséquence immédiate, personne ne l'a jamais su, mais sa conscience le lui reproche ; maintenant c'est découvert.

Il est légèrement anxieux; quelqu'un entrant dans la pièce, il s'interrompt de la conversation et cherche à voir qui vient, d'un œil inquiet.

Il est mal orienté, se croit à l'Hôtel-Dieu, ne sait pas la date, mais la réflexion lui permet de retrouver des données suffisantes sur le temps et le lieu.

Il se rend compte de son état de dépression, le trouve tout naturel, et l'attribue à trois motifs principaux auxquels il accorde successivement une importance prépondérante : sa femme l'a quitté, partant avec un ami ; le chômage l'a atteint, l'empêchement de trouver son gagne-pain (depuis 6 semaines, il serait sans travail), enfin, tous les gens qui le rencontraient dans la rue faisaient à son passage une réflexion désobligeante ; lorsque l'on passait dans la rue on disait : « Le fou », ou « Lui », « tiens » ; il croyait entendre distinctement ces invectives, mais n'a jamais rien perçu de semblable à distance ou une fois rentré chez lui, non plus qu'au cours de son travail.

Il travaillait encore 6 semaines avant son internement, à la Compagnie des Omnibus, comme manoeuvre, on l'a mis à la porte, sans raison, dit-il ; cependant il a appris que c'est parce que son chef a appris le « crime » qu'il avait commis à l'imprimerie.

Depuis lors, il a fait « les cinquante tours de Paris sans avoir trouvé du travail », puis sa femme l'a quitté.

Actuellement il présente des idées délirantes se rapportant à une création de son imagination : dans la cour de l'Hôtel-Dieu, existe une fontaine immense, la plus grande du monde, c'est une curiosité naturelle ; le père du malade qui jusqu'à présent vivait dans le village de Talant, près de Dijon, est à Paris pour voir cette merveille ; il est en ce moment à l'étage au-dessus du malade.

Des idées mélancoliques s'ajoutent à cet ensemble délirant

et interprétatif : ce soir son voisin et lui seront noyés ou pendus, l'infirmier viendra les prendre.

Le malade fait des difficultés pour s'alimenter.

Il présente de fausses reconnaissances : l'infirmier est un copain de la Côte-d'Or et l'interne qui l'a soigné à l'Hôtel-Dieu est aussi un copain.

L'étude du fonds mental de ce malade révèle quelques particularités intéressantes ; son attention est faible, on note des troubles de calcul, la lecture est plus difficile que ne suffiraient à l'expliquer une vue mauvaise et la débilité mentale du sujet ; à la fin de la lecture d'un texte court il n'arrive que difficilement à en donner un compte rendu.

Il est dans un état d'engourdissement intellectuel assez marqué.

Sa mémoire, qui semble très suffisante pour les souvenirs anciens, est franchement mauvaise pour les faits récents : à l'épreuve de la boîte ; il ne peut retrouver que le dernier des trois objets qui y sont placés.

Mais il est possible dans quelques cas, de vaincre cette paresse intellectuelle ; ainsi, après nous avoir dit ne pas savoir qu'il avait contracté la syphilis, il se rappelle bien à quel endroit et dans quelles conditions.

De même, pour la mémoire des faits récents, il donne des précisions très suffisantes sur les circonstances de sa tentative de suicide.

Les associations d'idées sont extrêmement paresseuses. Il convient, du reste, de noter l'incohérence de ses propos spontanés : « Il y a une fontaine dont il faut mesurer la profondeur, c'est la plus profonde qui soit, et il y a des gens qui viendront d'Allemagne, ils ont tous les métiers, ils sont là »...

Le jugement est légèrement altéré. Il ne s'inquiète pas d'être avec les aliénés et donne de son internement des explications tout à fait inadéquates. Mais il faut faire la part de sa crainte de l'effort à faire pour répondre.

Son activité est très ralentie, il reste au lit sans bouger, apathique, inerte.

Au point de vue physique, on note un retentissement du second bruit aortique ; pouls 80. Pupilles légèrement inégales, se contractant vivement à la lumière.

La dysarthrie ne se révèle qu'aux mots très difficiles (inélégibilité) ; c'est du bredouillement sans redoublement, ni intversion des syllabes.

Pas de leucoplasie, pas de signe de Romberg.

Le B. W. du liquide céphalo-rachidien est négatif, ainsi que la réaction de Guillain. — 2 lymphocytes par millimètres cubes. — Albumine 0,20. — Urine normale.

En somme, étant donnés la notion de syphilis, la lymphocytose constatée en 1914, le début apoplectiforme, les achoppements de la parole, les idées de persécution, vagues et polymorphes, le diagnostic de paralysie générale semblait tout naturellement se poser. On pouvait même pendant longtemps, croire à une rémission; actuellement encore la dysarthrie, la vivacité de réflexes, la désorientation, l'absurdité du délire, pourraient faire maintenir ce diagnostic. Mais l'analyse psychiatrique permet de mettre en évidence les symptômes de la mélancolie, et sous l'état de torpeur accusée du malade on reconnaît un fonds mental qui ne semble pas vraiment affaibli.

L'amnésie est assez marquée. On note quelques fausses reconnaissances, une attention mal soutenue, mais l'intoxication alcoolique est de fraîche date.

On remarque, au contraire, que cet état de dépression profonde accompagné d'un délire d'interprétation, avec

auto-accusation, idée de suicide, apparaît chez ce malade d'une façon intermittente.

D'autre part, la formule humorale s'est complètement améliorée.

Le syndrome paralytique nous paraît donc avoir été réalisé ici au cours d'un état confusionnel dû à l'intoxication alcoolique chez un mélancolique périodique, avec crises d'anxiété.

Le malade était syphilitique, d'où le syndrome humoral, ayant en 1914, entraîné une erreur de diagnostic, et c'est là également qu'il faut chercher l'explication de l'ictus du début.

Il faudra donc ne pas attendre de l'examen neurologique, de la ponction lombaire, et des réactions humorales qu'ils apportent la certitude diagnostique dans certains cas douteux. Ils opèrent une première élimination, en permettant de reconnaître tous ceux chez qui l'on ne retrouve pas les altérations nécessaires du L. C. R., et certains troubles constants tels que ceux de la musculature interne de l'œil.

Les tremblements, par contre, les modifications des autres réflexes, l'atonie faciale, et même la dysarthrie lorsqu'elle n'est pas rigoureusement analysée, sont des symptômes beaucoup moins probants.

On peut par la recherche de ces signes, arriver rapidement à éviter le plus grand nombre d'erreurs.

Mais il reste encore ces cas complexes que ces méthodes sont insuffisantes à débrouiller.

Dans ces cas difficiles le dernier mot appartient au psycho-diagnostic.

En effet, l'affaiblissement psychique est dans la P. G. toujours *global*, portant parallèlement sur *toutes* les facultés mentales. Nous rappellerons toute l'importance de deux symptômes le puérilisme et l'approbativité. En toute hypothèse, il sera nécessaire, dans les cas limites, pour ne pas agrandir indûment le domaine de la maladie de Bayle, et ne pas encourir de graves mécomptes dans l'établissement du pronostic et du traitement, de soumettre le malade à une observation minutieuse et à un examen psychiatrique longuement approfondi.

CHAPITRE III.

L'ÉPILEPSIE ET LE SYNDROME PARALYTIQUE

On a beaucoup écrit sur la question des rapports de l'épilepsie et de la P. G. ; il semble à première vue que rien ne soit plus facile que de distinguer un épileptique d'un paralytique (1).

Dans les cas assez nombreux cependant le diagnostic est malaisé si l'on n'a pas pu constater de crises comitiales.

La P. G. peut avoir comme première manifestation des crises épileptiformes, et l'on sait, du reste, maintenant que lorsque l'on voit survenir des crises comitiales après la quarantaine, il y a les plus grandes chances pour qu'elles soient imputables à la syphilis. Souvent, elles seront le signe précurseur d'une P. G.

Inversement, une épilepsie ignorée du médecin pourra

(1) Pactet et Bonhomme, in traité de Sergent, t. II, p. 351.

revêtir transitoirement au moins, l'allure de la P. G. M. Briand a raconté (1) avoir vu dans le service de Magnan une épileptique qui, d'autre part, était débile, avec des idées ambitieuses et ressemblant de tous points à une P. G.

Les rapports de l'épilepsie et de la P. G. pourraient prêter à de longs développements, et déjà sur cette question la littérature est abondante.

Nous nous contenterons d'analyser d'abord la valeur de certains signes pouvant faire penser à la P. G. chez les épileptiques ; puis, nous étudierons cliniquement au cours de l'épilepsie un syndrome paralytique *permanent* où la démence épileptique semble se rapprocher de la démence paralytique et un syndrome *fugace*, post-paroxystique.

* * *

L'INÉGALITÉ PUPILLAIRE, symptôme isolé, fait trop souvent penser à la P. G. Nous ne saurions nier sa très grande valeur et les auteurs anciens en remarquant sa fréquence dans la période initiale de cette maladie, au moment où le diagnostic en est encore très délicat, ont fait preuve d'un esprit d'observation très remarquable.

Toutefois, lorsqu'elle ne s'accompagne d'aucun des trois éléments du signe d'Argyll, myosis, irrégularité du sphincter, aréflexie lumineuse, et lorsque également elle n'est pas persistante, elle perd beaucoup de sa valeur.

(1) *Bull. de la Soc. Clin. Méd. Ment.*, 1908, p. 50.

Les travaux actuellement à l'étude sur le sympathique laissent entrevoir la complexité extrême des réactions du système nerveux autonome, et l'on sait son importance prépondérante dans l'innervation de l'iris. Déjà l'on commence à connaître la variabilité de son équilibre dans les états cyclothymiques. C'est pourquoi nous disons l'importance qu'il faut attribuer, croyons-nous, à la *constance* de l'anysocorie observée.

Dans l'épilepsie, elle peut se rencontrer de même par intermittence.

OBSERVATION III

Nous observons actuellement un jeune malade, P. t. k., âgé de 17 ans et demi, qui a présenté un premier accès convulsif en juillet 1921, il y a 10 mois. Il n'avait aux dires de ses parents, jamais rien présenté d'anormal qui put être considéré comme équivalents comitiaux. Pas de maladies d'enfance, pas de convulsions. Il n'a jamais eu de rapports sexuels.

Depuis le début de ses accidents convulsifs, il en a environ chaque deux mois, avec morsure de la langue, perte de connaissance, stertor, amnésie.

A notre premier examen il était bien orienté, conscient de sa situation, désirant être soigné, mais son visage inerte semblait témoigner d'une grande indifférence, les traits du visage détendus, les commissures labiales tombantes. La parole n'est pas embrouillée, mais légèrement pâteuse. Nous sommes frappés par une *inégalité pupillaire très nette* (D. plus grand que G.) et nous pensons à la syphilis. Le père du malade présente, outre quelques stigmates physiques de dégénérescence (oreille de Morel, etc.) une rigidité pupillaire complète, avec myosis, déformation.

La ponction lombaire décèle dans le L. C. R. quelques lymphocytes, pas d'hyper-albuminose (0.15), la réaction de Guillain, ainsi que celle de Targowla à l'élixir parégorique sont négatives.

Il ne semble donc pas que chez ce malade, il puisse être question de P. G. juvénile. On voit cependant qu'il présente par *intermittences*, anisocorie manifeste, et ce signe ne saurait donc avoir la valeur que certains auteurs veulent lui attribuer.

LA DYSARTHRIE est également un des meilleurs signes de la P. G., mais elle doit être étudiée avec soin et il faut se garder de prendre pour un embarras symptomatique, une gêne de l'articulation des mots due à l'émotion, aux intoxications (alcool, mercure, etc.), à un bégaiement constitutionnel, à de légers troubles aphasiques, etc.

Rogues de Fursac a remarquablement résumé les divers types sous lesquels la dysarthrie paralytique peut se présenter (1) parole traînante, parole scandée, parole hésitante, *suppression* d'une ou plusieurs syllabes, *redoublement* d'une ou plusieurs syllabes, *interruption* des syllabes. Ces trois derniers types sont incomparablement plus caractéristiques que les trois premiers, et c'est à eux surtout qu'il faudra accorder une grande valeur.

D'autre part, l'on aura présent à la mémoire que dans la période qui succède aux paroxysmes, le comitial présente très souvent un certain embarras de la parole.

(1) Rogues de Fursac, *Manuel de psychiatrie*, 5^e édit., 1917, p. 290.

OBSERVATION IV

Chez ce malade, le syndrome paralytique est constitué par de l'affaiblissement intellectuel marqué surtout par des troubles de la mémoire et accompagné d'euphorie.

Signes physiques : la pupille gauche plus grande que la droite, signe d'Argyll, tremblement des lèvres et de la langue, achoppements et répétitions syllabique ; réflexes augmentés ; B. W. du sang négatif ; on n'a pas pratiqué de ponction lombaire.

Mais au bout d'une dizaine de jours d'observation, le tableau clinique se modifie : le caractère redevient méfiant, irritable, les signes physiques sont très nettement atténués ; l'inégalité pupillaire est moins marquée, la parole moins traînante, l'articulation des mots meilleure.

Lorsque l'épileptique est dément, il est en même temps souvent dysarthrique.

M. Magnan disait : (1)

« L'existence d'un syndrome paralytique chez les épileptiques est fréquent et l'embarras de la parole est souvent réalisé.

« A l'autopsie d'épileptiques morts en état de mal, on trouve d'ailleurs de la congestion de la région bulbaire et parfois même de petites hémorragies. Il n'y a donc pas à être surpris de rencontrer des troubles de l'articulation. »

(1) *Bull. Soc. Clin. Méd. Ment.*, 1908, p. 60.

OBSERVATION V

Résumée. — Le malade de M. Pactet (1) présente d'une façon constante plusieurs éléments du syndrome paralytique. Son euphorie, son optimisme, sont habituels.

L'inégalité pupillaire, les hésitations de la parole sont à peu près constantes.

Mais la ponction lombaire négative (pas de lymphocytose) la durée très longue de l'affection (13 ans) font éliminer le diagnostic de paralysie générale.

Il s'agit d'un épileptique.

OBSERVATION VI

Résumée. — De ces observations on peut rapprocher celle de G. Petit et Livet (2) où l'affaiblissement intellectuel n'était pas global, mais limité à la mémoire ; il contrastait en outre, très nettement avec l'intégrité relative du jugement et du raisonnement.

* * *

Mais le plus souvent ce syndrome est *fugace*, transitoire, survenant après la crise, favorisé par l'état d'hébétéude, la dysarthrie post-paroxystique ; il ne sera pas à type démentiel, mais constitué par des troubles de l'at-

(1) Pactet, syndrome paralytique au cours de l'épilepsie. *Bull. de la Soc. Clin. de Méd. Ment.*, 1911, p. 267, voir aussi même bulletin 1920, p. 7.

(2) G. Petit et Livet, Affaiblissement intellectuel localisé à la mémoire chez une épileptique. *Bull. de la Soc. de Méd. Ment.*, 1912, p. 299.

tention et de l'humeur, des troubles oculaires, de l'embarras de la parole, de la vivacité des réflexes (1).

Le diagnostic souvent sera fait seulement par l'évolution. C'est elle qui permettait à Foville de rapporter à l'épilepsie seule ce qui lui appartenait dans le cas suivant (2).

OBSERVATION VII

« X..., 45 ans, épilepsie depuis plus de 40 ans, hémiplegie droite. Hallucinations de l'ouïe. *Les voix entretiennent le malade d'idées de richesse et de grandeur.* Embarras de la parole et délire des grandeurs *disparaissant complètement après quelques jours.* »

L'évolution, s'il s'agit d'épilepsie au début, l'anamnèse, s'il s'agit de démence épileptique, permettent le plus souvent d'éviter une erreur.

Enfin, l'on sera en garde contre le cas de P. G. pouvant survenir chez les épileptiques (3), bien que la plupart des auteurs aient noté la rareté de ce fait.

(1) On se rappellera que parfois la P. G. débute avec une symptomatologie très comparable à celle du mal comitial. Ce fut le cas du malade d'Henri Colin et Mignard (a) où les auteurs reconnurent le véritable diagnostic : il s'agissait bien d'une paralysie générale et la vérification en fut faite trois ans plus tard par Vigouroux (b).

(2) Foville, Symptômes passagers de paralysie générale chez un épileptique. *Ann. Béd. Psychol.*, 1879, p. 62.

(3) Pelz. Epilepsie pure suivie de démence paralytique. *Névral. Centralblatt*, XXVI, 1 et 14, 1907.

(a) Henri Colin et Mignard diagnostic de l'épilepsie et de la P. G. *Bull. de la Soc. de Méd. Ment.*, 1910, p. 44.

(b) *Bull. de la Soc. de Méd. Ment.*, 1913, p. 278.

CHAPITRE IV

LE SYNDROME PARALYTIQUE DANS LES DÉMENCES

On pourrait prévoir que le syndrome paralytique, étant principalement constitué par l'affaiblissement démentiel, pourrait être réalisé fréquemment au cours des démences.

En réalité, il est assez rare que l'on soit entraîné à commettre de semblables erreurs.

Nous avons déjà, dans le chapitre précédent, envisagé le diagnostic dans la démence épileptique, démence si particulière, dont la syptomatologie présente des caractères si spéciaux, que l'on a souvent voulu lui refuser le nom de démence, ou lui faire une place à part (1).

Pactet et Bonhomme (2) réunissent dans un même paragraphe le diagnostic différentiel entre la P. G. et

(1) Voir Brissot et Bourilhet, la démence épileptique, Paris, 1921.

(2) In traité de Sergent, loc. cit., p. 354.

l'ensemble des autres démences : démence des lésions circonscrites, démence apoplectique, artério-sclérose, maladie d'Alzheimer, démence sénile, presbyo-phrénie, psychose poly-névritique.

A vrai dire, ce sont des éléments différents qui font commettre des erreurs de diagnostic dans ces divers cas.

La démence *artério-scléreuse* est un diagnostic en général aisé ; et comme le fait remarquer Arnaud (1) : « Devant un malade ayant dépassé 50 ans et présentant des signes d'artério-sclérose, il faut se souvenir que l'athérome cérébral généralisé peut simuler cliniquement la P. G. ; et que, d'autre part, elle peut lui être associée et en modifier la physionomie. De là, l'obligation d'une critique des symptômes délicate et approfondie, et la nécessité de sérieuses recherches. »

On trouve, en général, d'autres signes d'artério-sclérose associés : hypertension, pollakyurie, crampes, vertiges, bourdonnements d'oreilles, démarche à petits pas, bégaiement, en général pas d'anisocorie, ni d'Argyll.

L'excitation prend bien les caractères de la P. G., elle est déficitaire comme elle.

OBSERVATION VIII

Beaussart (2) a vu un dément présénile chez qui le syndrome paralytique, apparu à 59 ans, était constitué par des accrocs

(1) Arnaud, loc. cit., page 109.

(2) Beaussart, syndrome paralytique, sénilité, constitution mythomane, délire d'imagination. (*Bull. Soc. Clin. Méd. Ment.*, 1919, p. 340.)

fréquents de la parole du tremblement de la langue et des mains, de l'inégalité pupillaire, un signe d'Argyl, une démarche mal assurée.

Ce syndrome physique l'emporte que les signes mentaux qui sont surtout constitués par un affaiblissement intellectuel partiel (mémoire conservée), évocation facile, pas de désorientation.

Aussi M. Rogues de Fursac éloigne-t-il le diagnostic de paralysie générale, préférant celui de presbyophrénie, et M. Trenel se basant sur les lésions anatomiques constatées à l'autopsie, rejette également le diagnostic de P.-G.

Les observations III et IV d'Haguenau (1) se rapportaient à des erreurs de diagnostic chez des pseudo-bulbaires dont l'un était un ancien syphilitique.

Nous n'insisterons pas davantage sur les erreurs qui peuvent être commises au cours d'autres démences par tumeurs cérébrales, par lésions circonscrites du cerveau. Malgré les signes différentiels théoriquement très nets (notamment les céphalés, les troubles pupillaires) ces erreurs ne sont pas rares : dans l'observation I d'Haguenau, la P. G. était occasionnée par un gliosarcome du lobe frontal. Dans l'observation V, il s'agissait également d'une tumeur cérébrale.

OBSERVATION IX

Vigouroux et Hérisson-Laparré (2) ont rapporté un cas de syndrome paralytique provoqué par de la cysticercose cérébrale.

(1) Haguenau le syndrome humoral de la P. G., thèse Paris, 1921.

(2) Vigouroux et Hérisson-Laparré, cysticercose cérébrale et P. G. *Bull. de la Soc. Clin. de Méd. Ment.*, 1913, p. 135.

En mars 1912, il était constitué par un délire, de l'agitation, des attaques épileptiformes, une hémiparésie droite, de la *lymphocytose du L. C. R.* En février 1913, il s'était accentué, se compliquant de l'affaiblissement intellectuel avec amnésie, désorientation, inconscience de sa situation, légère euphorie.

La mort survint à la suite d'attaques épileptiformes subintrantes et à l'autopsie on constate de nombreux cysticerques avec lésions dégénératives (par action des toxines. — Klippel)

* * *

Mais si, comme on le voit, le diagnostic du syndrome paralytique est selon l'opinion de Pactet et Bonhomme généralement aisé, lorsqu'il s'agit de démences organiques, il en est quelquefois de même dans la *démence précoce*, à laquelle il convient que nous fassions ici une place à part.

Souvent, il a été très malaisé de distinguer cette dernière affection d'une P. G. au début, surtout lorsque le malade était syphilitique.

Un malade de M. Marchand qui présentait les signes de la P. G. (l'autopsie fut faite par M. Klippel) était nettement une *démence précoce* (1).

Nous tenons, toutefois, à faire une remarque préalable. On se laissera entraîner le plus souvent à penser à la *démence précoce* au début d'une P. G. juvénile, tandis que c'est au contraire à la période d'état de la P. G. qu'il sera malaisé de la distinguer de l'une des démences organiques que nous avons énumérées.

(1) *Bull. de la Soc. Clin. Méd. Ment.*, 1913, p. 302.

OBSERVATION X

Christian rapporte l'observation suivante :

Un jeune soldat, né en 1859, tombe malade pendant l'expédition de Tunisie ; il est ramené en France et placé dans un asile d'aliénés. On pense à une P. G. au début, à forme mélancolique (état stuporeux, difficulté d'élocution, difficulté de la démarche).

Six mois plus tard on affirme la P. G. : la dépression mentale est habituelle, hallucination de l'ouïe et troubles de la sensibilité interne ; la démence a fait des progrès considérables ; incohérence des idées, conception délirante ambitieuse et hychondriaque ; gros troubles de la motilité, inégalité pupillaire, embarras de la parole, tremblements musculaires généralisés.

Le pronostic est considéré comme sombre ; néanmoins deux ans après, les troubles de la motilité ont disparu ; il persiste un affaiblissement de l'intelligence, torpeur et indifférence habituelles ; bouffées d'excitation maniaque, de violence, vagues idées de satisfaction ; maniérisme dans le maintien et dans la démarche.

Christian rejetant alors le diagnostic de P. G. pense à la *démence des jeunes gens*, dont il attribue l'origine à l'infection contractée en Tunisie.

Dans l'observation suivante de Capgras et Morel (1), nous trouvons nettement posés les éléments d'un diagnostic différentiel.

OBSERVATION XI

R... Elisabeth, a été internée en 1901, à l'âge de 36 ans.

(1) Capgras et Morel, P. G. prolongée ou démence précoce ? *Bull. de la Soc. Clin. de Méd. Ment.*, 1913, p. 296.

filie de père paralytique, il semble que la malade ait contracté la syphilis à 26 ans, 10 ans auparavant.

A l'entrée, le syndrome paralytique est réalisé de la façon suivante : idées mystiques, de richesses, de satisfaction, incohérence des propos. Les signes physiques sont : l'embarras de la parole, l'inégalité pupillaire.

Magnan pose devant ces symptômes le diagnostic de P. G. et le maintient encore en 1906.

L'évolution de la maladie est stationnaire jusqu'en 1913 ; l'affaiblissement intellectuel est très accentué, accompagné de gâtisme par intervalles ; mais il n'a pas, comme l'analysent très bien les auteurs, les caractères de l'affaiblissement paralytique ; il s'accompagne au contraire de ceux de la catatonie : indifférence émotionnelle, tenue négligée, absence complète de toute pudeur ; l'attention est partiellement conservée, les réponses inadéquates, le langage incohérent ; mobilité de l'humeur, mélange de négativisme et de docilité. La malade reste toujours à la même place, gestes stéréotypés, éclats de rire, grimaces, etc...

Les réflexes rotuliens sont abolis, tremblements de la langue et des doigts, pas de dysarthrie vraie, mais une certaine abréviation des mots trop compliqués (élision de syllabes par paresse).

Il n'y avait en outre pas de lymphocytose du L. C. R.

Il est rare que ce soit aussi loin du début que le diagnostic puisse hésiter entre la paralysie générale et la démence précoce.

Comme on le voit, ce ne sera souvent qu'une analyse très fine et très approfondie du fond mental qui permettra, tout au moins chez les syphilitiques et les hérédosyphilitiques à L. C. R. pathologique, de reconnaître les

modalités particulières de l'affaiblissement intellectuel, différent dans la démence précoce et dans la P. G. juvénile.

Ce n'est souvent pas la ponction lombaire qui peut éclairer le diagnostic ; il est juste tout de même de reconnaître qu'elle sera un précieux secours pour la différenciation de la plupart des démences.

CHAPITRE V

DEBILITÉ MENTALE

La débilité mentale peut à elle seule, dans certains cas, prêter à confusion avec la P. G.

On peut, en effet, chez certains débiles voir apparaître des idées délirantes de grandeur, de satisfaction, de euphorie, et coexister avec ces signes purement psychiques, certains tremblements imputables à la *débilité motrice*, en particulier des troubles dysarthriques qui revêtent ici des caractères particuliers. Il est notamment facile d'apprendre, par l'anamnèse, que cette dysarthrie est congénitale et non acquise.

Dans un article récent, Louis Parant et Le Maux (1) ont publié des cas semblables, et ont donné à ce propos une étude complète des syndrômes paralytiques réalisés uniquement par la débilité mentale.

Ils ont montré en particulier que certains débiles

(1) Louis Parant et Le Maux. Le syndrome paralytique dans la débilité mentale, *Ann. Psyc.*, avril 1922.

pourront faire penser à la *P. G. arrêtée en cours d'évolution*.

« Chez les uns comme chez les autres, on peut observer une certaine mobilité de l'attention naturelle, jointe à de la faiblesse de l'attention volontaire ; de la lenteur et de la difficulté à penser, avec absence des idées générales, et faible courant du renouvellement psychique ; de l'insuffisance des fonctions logiques ; d'une grande suggestibilité ; une certaine expression d'euphorie niaise. »

Séglas et Cotard (1) avaient déjà vu un malade présentant « des idées de grandeur multiples, absurdes, incohérentes. Ces signes psychiques joints aux troubles pupillaires, aux tremblements de la langue et au trouble de l'écriture, avaient paru suffisants pour porter le diagnostic de *P. G.*, quoique la ponction lombaire n'ait pu être faite à cette époque. Or, voici maintenant 7 ans que le malade est à l'essai sans que son délire se soit sensiblement modifié. L'intelligence n'a pas baissé ; la mémoire est conservée, il n'existe pas de trouble de la parole, la ponction lombaire est négative ».

L'un des malades de Louis Parant et Le Maux, âgé de 52 ans, a été arrêté parce qu'il faisait du scandale près de la place de l'Opéra. Il avait présenté des modifications de l'humeur et une amnésie progressive depuis environ deux ans ; en dernier temps, il commettait des vols absurdes, il revendait les objets de son ménage.

Pendant la première quinzaine passée à l'asile, il pré-

(1) *Encéphale*, 1908, t. I, p. 235.

sente un ictus épileptiforme ; les jours suivants il se montre euphorique, doux, docile, béatement satisfait, légèrement obséquieux ; son attention est difficile à fixer, sa mémoire mauvaise, les associations d'idées lentes, incohérentes.

La dysarthrie est très accusée avec légers tremblements de la langue et des mains, écriture presque illisible ; les pupilles en myosis sont paresseuses, mais sans signe d'Argyll, les réflexes sont un peu vifs, pas de lymphocytoses, ni l'hyper-albuminose (0,15) ; Bordet-W. négatif.

De même, Haguenau (1) a rapporté dans sa thèse un un cas comparable. Le certificat d'internement portait P. G., affaiblissement de la mémoire, du jugement et des sentiments affectifs ; conscience incomplète de sa situation, désordre des idées et des actes, instabilité, excitation par intervalles, avec crises de colère, dysarthrie, tremblement de la langue, des lèvres et des mains, exagération des réflexes tendineux, douleurs à type radiculaire dans le membre supérieur droit. »

Le Bordet W. du liquide a deux fois été négatif. Deux ans plus tard on ne constatait plus qu'un état de débilité mentale, de la puérilité, avec fausse interprétation, conception délirante, mal systématisée, rires et pleurs sans motif ; mémoire suffisante mais instabilité de l'attention et affaiblissement de la volonté ; monotonie, scansion, un peu d'explosion de la parole plutôt que de la dysarthrie.

(1) Haguenau, Loc. cit. Obs. II.

La débilité mentale se prête d'une façon toute particulière à l'éclosion d'un délire mégalo-maniaque et l'on peut observer ici, la même incohérence, la même absurdité que dans la P. G.

Ajoutons que la dysarthrie paralytique peut être simulée par un certain bégaiement, et des hésitations de la parole propres à la débilité.

De même à la débilité motrice sont imputables dans ces cas les tremblements dans les membres, l'incertitude dans les mouvements, et même le tremblement de la langue.

« Pourtant malgré ces analogies, il semble facile de
« différencier le fonds mental d'un débile de celui d'un
« P. G. ancien. Chez celui-ci on trouve des vestiges
« parfois importants d'un passé intellectuel plus ou
« moins brillant ; l'activité laborieuse reste souvent
« remarquable, et dans ce cas elle est très supérieure à
« celle qu'on observe à des degrés moyens de débilité.
« Les débiles, nous entendons les débiles légers, font
« effort, donnent ce qu'ils peuvent, témoignent d'un
« certain désir de bien faire, que trahit leur insuffisance
« et leur maladresse naturelle. Ils ont peu de moyens,
« mais font preuve d'application. Les P. G. anciens au
« contraire ont plus de moyens et moins d'application ;
« ils manquent d'entrain et d'amour-propre ; ils présentent
« grande de l'insuffisance hépatique (1).

(1) Parant Louis et Le Maux, Loc. cit.

CHAPITRE VI

LE SYNDROME PARALYTIQUE DANS LES ETATS CONFUSIONNELS PAR INTOXICATION

Klippel avait raison d'insister sur cette constatation que le syndrome paralytique peut être réalisé par l'action directe des toxines sur le parenchyme encéphalique.

Dans le cas de cysticercose de l'encéphale que nous avons rappelé plus haut, Vigouroux et Hérisson-Laparra admettaient que le syndrome paralytique a été réalisé par des lésions dégénératives dues à l'action de ces toxines.

Sans entrer dans une discussion pathogénique, il faut convenir que le syndrome paralytique est très souvent réalisé au cours d'intoxications endo et exogènes. Parmi les premières, Klippel a reconnu l'importance très grande de l'insuffisance hépatique (1).

(1) Klippel, lésions des poumons, du cœur, du foie et des reins dans la Paralysie Générale, *arch. de Méd. Expér.* T. IV, p. 545.

Le diabète peut également quelques fois déterminer un syndrome paralytique (pseudo paralysie générale diabétique).

MM. Marchand et Petit (1) après avoir rappelé la rareté des cas authentiques de ce genre en rapportant une observation nouvelle dans laquelle le syndrome paralytique avait été, peu de jours avant la mort, constitué de la manière suivante : confusion, désorientation, paraphasie, agnosie, dysarthrie. Par contre, pas d'Argyll, pas d'inégalité pupillaire. Mort par coma acétonémique. A l'examen histologique on ne constatait pas de chromatolyse, mais une diminution des fibres tangentielles.

Il ne pouvait être question de P. G. Toutefois, l'amnèse seule (début un mois auparavant) pouvait, avec l'absence des signes de neuro-syphilis, faire éliminer ce diagnostic.

De beaucoup plus importantes sont les intoxications exogènes, parmi lesquelles il faut donner une place toute prépondérante à l'intoxication par l'alcool, par le plomb, et par certains médicaments (hypnotiques).

Ces analogies cliniques n'avaient pas échappé aux premiers observateurs, mais c'est depuis les travaux de Baillarger que l'attention y a été attirée d'une façon plus particulière.

Magnan a longuement insisté sur le rôle de l'alcool. Vallon (Congrès de Moscou 1907, page 146), ainsi que plusieurs autres auteurs reconnaissent même un rôle

(1) Marchand et Georges Petit, syndrome paralytique chez une diabétique, *Bul. de la Soc. de Méd. Ment.*, 1914, p. 203.

tout à fait prépondérant à l'alcoolisme dans le déterminisme de la paralysie générale, sans toutefois aller jusqu'à l'opinion souvent partagée jusque là que l'alcool pouvait suffire à déterminer la paralysie générale.

Christian, dans le mémoire auquel nous nous sommes plusieurs fois reportés, reconnaît que : « Les troubles somatiques du délire alcoolique sont les mêmes que ceux de la paralysie générale pendant la période d'excitation maniaque. On peut dire cependant que chez l'alcoolique il y a un degré d'obtusion et d'égarement qu'on ne trouve pas chez le paralytique. En outre, l'intoxication par l'alcool s'accompagne d'hallucinations de la vue caractéristiques. »

Le diagnostic par la nature des hallucinations perd toute son importance dans l'observation suivie d'autopsie, que nous lui empruntons (1).

OBSERVATION XII

N..., adjudant de gendarmerie, âgé de 41 ans, entre au mois de décembre 1883 avec des symptômes d'agitation maniaque violente, remontant à quelques jours et considérée comme signalant le début d'une paralysie générale. N... avait dû cesser tout service un mois auparavant et être placé au Val de Grâce. Une amélioration étant survenue, les parents de sa femme l'avaient pris chez eux, mais ils n'avaient pu le garder que quelques jours, tant les symptômes étaient devenus inquiétants.

(1) Christian, 1884, T. II, p. 45.

Au moment de l'entrée, il existait un certain nombre de signes qui pouvaient se rapporter à la périencéphalite : l'agitation, la violence, la turgescence de la face, les idées de grandeur, incohérentes et puériles quoiqu'elles fussent assez vagues, l'inégalité des pupilles, l'embarras de la parole, la trémulation des muscles de la face, le tremblement des membres, mais, à côté de ces symptômes, il en existait d'autres qui me paraissaient avoir une signification différente : c'était entre autre un état de torpeur, d'oblitération intellectuelle qui n'existe pas chez le paralytique ; le malade était craintif, anxieux : « Je ne suis pas Bazaine », disait-il avec effroi ; « on dit que j'ai la tête de Bazaine, ce n'est pas vrai, etc... » La nuit, il paraissait poursuivi par des hallucinations terrifiantes, il voyait des chevaux qui galopaient vers son lit, il se levait et allait se cacher dans un coin, baigné de sueur, les traits hagards. N'était-ce pas là des signes d'alcoolisme ? Et cependant la famille affirmait d'une façon formelle que N... avait toujours été parfaitement sobre. Je restais dans le doute quelques jours, jusqu'à ce que des renseignements positifs m'eussent appris ce que je soupçonnais, à savoir que, depuis 1870, le malade s'était adonné à l'ivrognerie. Il eût été intéressant de voir ce que N... serait devenu après la disparition des symptômes dus à l'intoxication alcoolique. Malheureusement, il fut pris de pneumonie et il succomba le quatorzième jour de son admission. L'autopsie dut se borner au crâne : les méninges étaient injectées, mais sans épaississement ni adhérences. Une hémorragie en nappe de la pie-mère couvrait la face convexe de l'hémisphère cérébral à sa partie antérieure, dans l'étendue du lobe frontal ; c'était là bien évidemment une lésion due à l'alcool.

Evidemment, il s'agissait ici d'un cas complexe ; on pourrait objecter que si N... avait vécu, il serait devenu

paralytique, que la périencéphalite existait déjà et se serait développé. Cela n'est pas impossible, mais ce n'est pas actuellement la question. J'ai voulu simplement signaler un cas où le diagnostic était obscur. J'ajouterai, au surplus, que l'erreur dans les cas pareils, n'est pas de grande importance, car, de deux choses l'une : ou il s'agissait simplement d'alcoolisme, et alors tous les symptômes somatiques disparaissent en peu de temps, ou c'est une paralysie générale, et, dans ce cas, les symptômes suivent leur marche ascendante. S'il arrive, et le cas n'est pas rare, qu'il y ait alcoolisme greffé sur une P. G., on le saura après un certain temps, car les symptômes de l'intoxication alcoolique se dissiperont, ceux de la périencéphalite persisteront.

OBSERVATION XIII

(Résumée)

Chez un malade de Senges (1), le syndrome paralytique était le suivant (certificat du dépôt) : « Inconscience de sa situation, incohérence des idées et des actes. Arrêté sur la voie publique où il urinait devant un agent de police. Embarras de la parole, exagération des réflexes rotuliens, dilatation et inégalité pupillaire, irritabilité, tremblement des mains et de la langue. »

Mais les pupilles réagissent à la lumière. Rapidement l'obtusion intellectuelle disparaît.

(1) Senges, Accidents aigus au cours d'alcoolisme chronique ayant simulé la P. G.

Il s'agissait d'un alcoolique buvant 2 à 3 litres de vin par jour et parfois de l'absinthe.

Les troubles de la parole sont anciens et intermittents.

Les modifications du caractère qui remontaient à 6 ou 7 ans (il battait sa femme) étaient imputables à l'alcoolisme.

* * *

L'intoxication par le plomb peut déterminer également un ensemble de symptômes analogues. Elle donne ainsi lieu à un syndrome paralytique que Vallon a longuement étudié et décrit sous le nom de pseudo paralysie générale saturnine (1).

Mais il est intéressant de noter combien, depuis la diffusion des mesures prophylactiques d'hygiène publique et industrielle, les diverses manifestations du saturnisme tendent à disparaître. Il est exceptionnel maintenant d'observer ces troubles mentaux autrefois si fréquents.

Dans l'intoxication qui suit l'absorption de doses excessives de médicaments, et en particulier parmi les hypnotiques, du véronal, on voit apparaître un syndrome confusionnel, ou un délire diurique avec une agitation plus ou moins marquée, qui, survenant chez les syphilitiques ont pu, dans certains cas, faire porter le diagnostic de P. G. et parfois déterminer l'internement du malade.

(1) Vallon, Pseudo paralysies générales saturnine et alcoolique, Paris, 1894.

C'est ainsi que nous trouvons une observation de Rosendorf (1) où ce cas s'était produit d'une façon typique.

On notait : Obnubilation intellectuelle ressemblant à de l'ivresse, *tremblement des mains*, *troubles de la parole*, légère ataxie, exanthème, amaigrissement, oligurie, urobilinurie, réflexes patellaires exagérés, réaction pupillaire paresseuse.

On voit la longue série des signes organiques pouvant entraîner plus fortement à une erreur de diagnostic.

Mais, d'une façon générale, si l'hésitation est très grande, parfois insurmontable dans les premiers temps de l'apparition du syndrome, l'évolution peut suffire le plus souvent à faire la dissociation, car, rapidement, l'influence de l'alcool ou des autres toxiques s'épuise, la tendance à la guérison est des plus manifestes.

L'embaras de la parole est quelquefois très marqué et revêt presque l'allure de la dysarthrie paralytique ; mais elle est le plus souvent due simplement à la trémulation excessive des lèvres et de la langue.

Dans les cas plus tenaces, où persistent le délire diurne, l'agitation, les divers troubles organiques, la question se résume le plus souvent par la différenciation de l'affaiblissement dementiel vrai et de troubles simplement confusionnels.

(1) Sur un cas d'intoxication par le véronal, *Berliner Klin. Wochenschr.*, 1910, p. 934 et *enceph.*, 1910, II, P. 314.

CHAPITRE VII

LE SYNDROME PARALYTIQUE AU COURS DES INFECTIONS

C'est par un mécanisme analogue à celui des intoxications étudiées dans le chapitre précédent que certaines infections peuvent réaliser un tableau clinique comparable à celui de la P. G. (action des toxines microbiennes sur les centres nerveux).

Nous l'étudierons successivement dans la tuberculose, dans la syphilis et dans les autres infections.

1° *Tuberculose*. — Quelques observations assez rares mais des plus typiques, montrent comment le bacille de Koch, peut, par sa localisation dans l'encéphale, déterminer un syndrome, en tout comparable à celui de la paralysie générale.

Ferrari n'a pu réunir que 26 cas de méningo-encéphalite dus au bacille de Koch (1).

(1) Ferrari : Sur un cas de méningo encéphalite tuberculeuse circonscrite. *Revista ital. di neuropatol.* T. II, p. 10, 1910 et *encéphal.*, 1911, T. I., p. 577.

Mais, Roque et Cordier ont publié récemment (1) une observation des plus typiques, qui augmente le nombre encore faible de cas publiés où la méningite tuberculeuse avait déterminé les mêmes signes que la méningo-encéphalite diffuse syphilitique. « Peut-il y avoir une paralysie générale causée par la tuberculose », se demandent ces auteurs ?

OBSERVATION XIV

Leur malade, ancien tuberculeux véritable et syphilitique depuis trente-six mois seulement (trop récemment pour que sa syphilis ait pu déterminer une P. G.), sans avoir présenté préalablement le syndrome méningé, réalise le tableau clinique de la maladie de Bayle : troubles de la parole et de l'écriture, tremblements, troubles moteurs ; perte de toute activité, de la mémoire, délire des grandeurs, idées de richesse, inventions merveilleuses, rapidement gâtisme, cachexie et mort en trois mois.

A l'autopsie, aucune des lésions habituelles de la P. G. dépôts blanchâtres sur la pie-mère, pas d'altération des vaisseaux, aspect chagriné de l'épithélium épendymaire du quatrième ventricule. Histologiquement, épendymite chronique granuleuse, dans le parenchyme, petits tubercules impossibles à différencier de petites gommès ; la lésion semble ancienne, éteinte ; les gaines péri-vasculaires sont distendues, mais vides, à peine quelques lymphocytes.

Les auteurs, envisageant les diverses hypothèses possibles se rattachent fortement à celle d'un syndrome pa-

(1) Roque et Cordier, méningite tuberculeuse et P. G., *Paris Médical*, 22 mai 1920, p. 479.

ralytique, occasionné par des lésions différentes de celles de la P. G., mais n'étant pas une granulie méningée terminale épisodique, non plus qu'une méningo-encéphalite syphilitique qui n'aurait pas eu le temps de s'établir depuis la contamination. Des éléments cicatriciels (névrogliques) pouvaient déterminer les troubles mentaux.

L'observation de Bonnet et Marchand (1) est très comparable à celle de Roque et Cordier.

OBSERVATION XV

Il s'agit d'une malade arrêtée sur la voie publique sous l'inculpation d'ivresse et de vagabondage ; syphilis à 22 ans, débauche, alcoolisme, hémi-parésie gauche, Babinski bilatéral, parole embarrassée, lents tremblements de la langue et des doigts, inégalité pupillaire, strabisme, affaiblissement psychique, amnésie, désorientation, mort dans le marasme.

A l'autopsie, deux néo-formations, dans le cortex, une troisième dans la couche optique et la capsule interne. Sous le microscope, dégénérescence des fibres d'Exner, péri-vascularité discrète ; légère cytolysé pyramidale.

Les lésions sont dues au bacille de Koch.

Le diagnostic avait également été très obscur dans un autre cas (2) où Marchand, après avoir pensé à une P. G. juvénile, constata que l'affection était due à la tuberculose.

(1) Bonnet et Marchand : Syndrôme paralytique déterminé par de l'encéphalite tuberculeuse, *Bull. Soc. Méd. Ment.*, 1913, p. 36.

(2) Marchand, Un cas de P. G., *Soc. Méd. Psychol.*, 23 mars 1900. *Ann. Méd. Psychol.*, 1900, p. 453.

Or, l'autopsie, faite plus tard, ne confirme pas le diagnostic de paralysie générale.

Rappelant cette observation à la Société de Clinique mentale le 17 mai 1909 (1), M. Marchand, donne les détails suivants : « Le diagnostic de P. G. paraissait évident. Or, c'était une erreur : l'examen des centres nerveux, pratiqué par M. Klippel ne décela aucune trace de méningo-encéphalite diffuse ; il n'existait que des lésions cellulaires. »

La tuberculose est donc capable de déterminer le syndrome P. G.

Il faut toutefois ne pas perdre de vue non seulement qu'à l'autopsie jusque sous le microscope, rien, hors la constatation du germe, ne permet de distinguer les lésions tuberculeuses des lésions syphilitiques, mais encore que la cytologie et le chimisme du liquide céphalo-rachidien « perdent toute leur valeur dès qu'il s'agit d'un diagnostic différentiel entre syphilis et tuberculose. » (Rogue et Coichier).

Syphilis. --- Il est rare d'observer au cours de la méningite secondaire syphilitique, un syndrome pouvant entraîner à une erreur de diagnostic avec la paralysie générale. Sur les six observations rapportées par Marchand (2) aucune d'elles ne pouvait vraiment entraîner à une erreur.

(1) *Bulletin de la Société Clinique de Méd. Mentale*, 1909, p. 148.

(2) Marchand, *Du rôle de la Syphilis dans les maladies mentales*. Paris, 1906, p. 192.

Toutefois, les troubles mentaux à type d'excitation maniaque, de dépression, de confusion mentale, que l'on y observe parfois accompagnés d'exagération des réflexes, peuvent embarrasser quelque temps le clinicien ; et la ponction lombaire pratiquée alors, révélant une mononucléose plus ou moins intense, l'entraînera à des erreurs.

Jacquín dans sa thèse (1) rapporte des observations (26 et 27) de démence à marche rapide, pendant la période secondaire de la syphilis.

Bridier, de même, publie dans sa thèse (2) une observation comparable.

Parfois, l'alcool ajoute encore son action toxique à celle de la syphilis, déterminant ainsi une altération plus intense et plus rapide du cerveau.

Tel le cas publié par Marchand (3) suivi d'autopsie où l'on observe un épaississement de la pie-mère, l'obstruction de quelques vaisseaux, l'infiltration de la pie-mère et du cortex par de petites cellules rondes embryonnaires ; une diminution du nombre des fibres tangentielles, et une neuronophagie très accentuée des cellules pyramidales.

Le syndrome paralytique était incomplet et peu durable ; le malade se présentait surtout comme un confus. On n'a pas retrouvé trace d'une intoxication autre que

(1) Jacquín, Contribution à l'étude de quelques manifestations mentales de la syphilis secondaire. Les syphilopsychoses. Thèse, Lyon, 1899.

(2) Bridier, Essai sur l'anatomie pathologique des démences. Thèse, Lyon, 1902.

(3) Marchand, *Société anatomique*, 19 juin 1903.

la syphilis ; celle-ci, du reste, a manifesté son action sur les centres nerveux par des réactions humorales intenses ; c'est donc elle qui semble responsable du syndrome réalisé. Le traitement novarséniqué, joint au repos et au régime, a déterminé une amélioration rapide qui confirme cette manière de voir.

Sclérose en plaques. — D'une façon générale, de même que la tuberculose et la syphilis toutes les infections subaiguës ou chroniques (1) peuvent réaliser ce syndrome. M. Arnaud, dans son rapport au Congrès de Toulouse, en 1837, signale ce fait et donne à ce propos une riche bibliographie.

A la lumière des découvertes récentes, il est intéressant de faire rentrer dans le même cadre la sclérose en plaques, qui, comme on le sait, réalise souvent le syndrome paralytique.

Parfois, elle simule la P. G., parfois encore, remarque Arnaud (2), cette dernière vient se surajouter à elle.

Elle détermine en plus de son tremblement et de ses troubles de la parole, des hémiplegies, des paraplégies, surtout une obtusion intellectuelle qui peuvent faire hésiter le diagnostic ; c'est ce qui se produit dans l'observation suivante de Benoist (3).

(1) La variole même, d'observation rare aujourd'hui, pouvait réaliser un tableau clinique analogue (Christian). Comme séquelle de la fièvre typhoïde, on peut également voir apparaître un affaïssement intellectuel analogue à celui de la P. G.

(2) Arnaud, *Loc. cit.*, p. 81.

(3) Benoist, Syndrome paralytique, disparition des troubles mentaux, persistance d'une sclérose en plaques fruste. (*Bull. Soc. Clin. Méd. Ment.*, 1909, p. 105.)

OBSERVATION XVI

L'affection débute brusquement en 1906 chez un homme alcoolique, mais non syphilitique par un ictus dans la rue, suivi d'amnésie ; puis cauchemars fort pénibles, délire onirique.

Pas de lymphocytose ; B. W. deux fois négatif. En 1919, les troubles psychiques ont complètement disparu.

En 1901, le malade avait représenté des phénomènes aigus articulaires faisant penser au rhumatisme ; peu à peu paraplégie des membres inférieurs, pieds en extension, diminution de la force musculaire à gauche, à droite contracture en extension ; les mouvements actifs des différents segments sont nuls, les mouvements passifs à peu près impossibles.

Sensibilité normale, réflexes exagérés, clonus du pied et de la rotule, tremblement des mains, mais sans caractère intentionnel. Pas d'ataxie, pas d'embarras de la parole, ptosis passager, mouvements nystagmiformes.

Le syndrome paralytique a ici été passager ; il est évident que l'on ne pouvait maintenir longtemps le diagnostic de P. G.

Dans un autre cas de ce genre (1), on notait une lymphocytose considérable (60 à 70 lymphocytes) qui rendait le diagnostic plus difficile. Le malade était en effet syphilitique, il y avait association des symptômes.

* * *

(1) Aug. Marie et Benoist, Syndrome paralytique et paraplégie spasmodique (*Bull. Soc. Clin. Méd. Ment.*, 1910, p. 149). Voir aussi Aug. Marie et Benoist : Sclérose en plaques ayant débuté par des troubles mentaux (*Bull. Soc. Clin. Méd. Ment.*, 1909, p. 331).

Enfin, le diagnostic a pu hésiter également au cours de deux affections plus récemment connues : la trypanosomiase (Colin, Mourgues et Laignel-Lavastine, A. Marie) et l'encéphalite épidémique (A. Marie, Harvier) ; dans cette dernière affection on peut observer des idées mégalo maniaques se surajoutant aux signes oculaires et au tremblement parkinsonniens. La ponction lombaire facilitera le plus souvent le diagnostic.

Le trypanosome, d'autre part, présente des analogies bactériologiques avec le *treponema pallidum*, ainsi que l'a fait voir M. Aug. Marie, à l'aide de projections cinématographiques (1).

(1) Aug. Marie, Trypanosomes et spirochètes (*Bull. soc. clin. Méd. Ment.*, 1911, p. 271).

CHAPITRE VIII

LE SYNDROME PARALYTIQUE DANS LES COMMOTIONS

Les commotions cérébrales, dont la dernière guerre a fait connaître et écrire l'histoire, peuvent déterminer des syndrômes assez comparables à celui de la P. G. pour avoir pu entraîner des erreurs de diagnostic.

Pitres et Marchand (1) ont publié, en 1916, l'observation d'un lieutenant qui, plusieurs mois après une commotion réalisait un syndrôme paralytique « si complet que le diagnostic de P. G. ne put être écarté que d'après l'évolution ».

Le malade guérit au bout de seize mois.

A. Léri (2) a consacré un paragraphe de son livre à ces syndrômes paralytiques commotionnels. Il les caractérise en quelques lignes auxquelles il n'y a rien à ajou-

(1) Pitres et Marchand, quelques observations de syndrômes commotionnels simulant des affections organiques de système nerveux central. *Revue Neurolog.* 1916, t. II, p. 307.

(2) A. Léri, commotions et émotions de guerre. Collection Horizon, Masson, Paris, 1918.

ter : « La démence est généralement moindre que dans la véritable P. G. le sujet a plus de conscience de son état, il semble qu'il y ait plus d'engourdissement des facultés que de perte définitive, la torpeur mentale est plus en rapport avec l'asthénie physique toujours considérable ; et, en fait, le réveil des fonctions mentales est souvent plus ou moins contemporain de celui de la vigueur physique. De plus, l'état émotif et les idées délirantes ont presque uniformément un caractère dépressif. Enfin et surtout, on n'observe ni les troubles caractéristiques de la parole des paralytiques généraux, ni le signe d'Argyll-Robertson, ni la lymphocytose céphalo-rachidienne. »

Ces derniers éléments diagnostics donnés par Léri n'ont plus de valeur si le commotionné est déjà syphilitique. Toutefois, il reste possible, dans la plupart des cas, de reconnaître la nature véritable du syndrome observé.

CHAPITRE IX

ESSAI DE SYNTHÈSE

Nous avons groupé dans cette étude les cas où le syndrome paralytique nous apparaît complètement indépendant de la syphilis. A vrai dire, comme grâce à la ponction lombaire le diagnostic ne peut désormais hésiter que chez les syphilitiques, on pourrait se demander si dans les psychoses intermittentes d'une part, chez les alcooliques d'autre part, — pour ne parler que des erreurs les plus fréquemment observées, — ce n'est pas la syphilis la véritable cause qui déclenche l'apparition des symptômes. Mais cette question est oiseuse, et peu importe que la syphilis joue un rôle accessoire, dès l'instant, que nous reconnaissons que le syndrome réalisé n'est pas la véritable P. G.

De l'étude de ces différents cas et des observations sur lesquelles nous avons particulièrement insisté, il résulte que l'évolution de la syphilis, et celle des psychoses au

cours desquelles a apparu le syndrome paralytique sont totalement dissociées.

Dans plusieurs de nos observations la syphilis a rétro-cédé et *pratiquement* guéri ; le L. C. R. a perdu sa formule caractéristique, alors que la psychose persistait.

Inversement au contraire, dans d'autres observations, la neuro-syphilis persiste, avec sa formule, alors qu'au point de vue mental il y a une véritable *restitutio ad integrum*.

* * *

Quant à la *fréquence* de ces cas où le syndrome, faussement attribué à la P. G., n'est pas imputable à la syphilis, elle nous a paru plus grande que celle des cas où le syndrome est d'origine syphilitique.

Dans la pratique courante ces erreurs, occasionnées le plus souvent par la manie, les psychoses périodiques, fréquemment aussi par l'alcoolisme, par la débilité mentale, ne sont pas toujours aisées à reconnaître rapidement avant que l'on puisse juger de leur évolution : lorsque le malade n'est pas syphilitique, la ponction lombaire, l'absence de signe d'Argyll, remettent dans la bonne voie. Mais dans le cas contraire, le Laboratoire perd ses droits, et seule l'étude très attentive du fonds mental permettant un psycho-diagnostic correct et une recherche très approfondie des anamnestiques lèveront les doutes, dicteront le traitement et éclaireront le pronostic.

L'insuffisance diagnostique de la ponction lombaire tient à ce fait que dans tous les cas envisagés par nous la lymphocytose, de même que l'hyper-albuminose, n'ont pas d'autre valeur, lorsqu'elles existent, que celle de stigmates résiduels de méningite secondaire syphilitique guérie ou arrêtée en cours d'évolution.

CONCLUSIONS

I. La P. G. est une maladie autonome (maladie de Bayle), à laquelle il ne faut pas rattacher un certain nombre de syndrômes paralytiques.

II. Les symptômes cliniques de la paralysie générale sont fréquemment réalisés en dehors de la syphilis.

III. Lorsque le malade n'est pas syphilitique, les examens de laboratoire éclairent rapidement le diagnostic.

IV. Dans certains cas, par contre, le malade syphilitique héréditaire ou acquis, présente une formule humorale superposable ou comparable à celle de la P. G.

V. Dans ces cas le diagnostic ne pourra être fait que par un examen clinique très attentif et prolongé.

VI. Il nous a semblé que, de tous les syndrômes que nous avons étudiés, le plus fréquemment observé était celui réalisé par l'agitation maniaque, puis par l'intoxication alcoolique.

Vu : *Le Président de la Thèse* :
Ch. ACHARD.

Vu : *Le Doyen* :
H. ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

ARNAUD. — Diagnostic de la P. G., Congrès de Toulouse, 1897, p. 55-65.

G. BALLET ET GÉNIL-PERRIN. — Etude du fond mental chez les déments (Encéphale 1919).

BENOIST. — Syndrôme paralytique.

— Disparition des troubles mentaux, persistance d'une sclérose en plaque frustre, *Bull. Soc. Clin. Méd. Ment.*, 1909, p. 105.

BONNET ET MARCHAND. — Syndrôme paralytique déterminé par l'encéphalite tuberculeuse, *Bulletin Soc. Méd. Ment.*, 1913, p. 36.

BRIDIER. — Essai sur l'anatomie pathologique des démences, Thèse Lyon, 1902.

BRISSOT ET BOURRILHET. — La démence épileptique, Paris, 1921.

CAPGRAS ET MOREL. — P. G. prolongée et démence précoce, *Bullet. Soc. Clin. Méd. Ment.*, 1913, p. 296.

CHRISTIAN ET RITTI. — Art. de Dictionnaire Deschambre et Ritti, Traité Clinique de la folie à double forme, 1882.

COLIN ET MIGNARD. — Diagnostic de l'épilepsie et de la P. G., *Bull. Soc. Clin. Méd. Ment.*, 1910, p. 44.

COLIN. — *Soc. Clin. Méd. Ment.*, 1908, p. 59.

FERRARI. — Sur un cas de méningite encéphalique tuber-

- culeuse circonscrite, *Revista di neuropath.*, t. II, p. 10, 1910.
- FORILLE. — Symptôme passager de P. G. chez un épileptique, *Méd. Psychol.*, 1879, p. 62.
- GILLES. — De la folie à double forme dans ses rapports avec la P. G., Thèse Paris, 1888.
- HAGUENAU. — Le syndrome humoral de la P. G., Thèse Paris, 1921.
- JACQUIN. — Contribution à l'étude de quelques manifestations mentales de la syphilis secondaire.
— Les syphilo-psychoses, Thèse Lyon, 1899.
- JUCQUELIER ET COURJON. — *Bullet. Soc. Méd. Ment.* 1914, p. 170.
- KLIPPEL. — Lésion des poumons, du cœur, du foie et des reins dans la P. G., *Arch. Méd. Expér.*, t. IV, p. 545.
- LEGRAIN ET TRÉNEL. — *Bull. Soc. Clin. Méd. Ment.*, 1910, p. 25.
- A LÉRI. — Commotions et émotions de guerre, Collect. Horizon-Masson, Paris, 1918.
- A. MARIE ET PRUVOST. — Syndrômes pseudo-paralytique chez un épileptique, *Bull. Soc. Clin. Méd. Ment.*, janvier 1920.
- MARCHAND ET GEORGES PETIT. — Syndrome paralytique chez un diabétique, *Bull. Soc. Méd. Ment.*, 1914, p. 203.
- MARCHAND. — Du rôle de la syphilis dans les maladies mentales, Paris, 1906, p. 192.
- MOSNY ET BURRAT. — *Soc. de Psychiatrie*, 1910, t. I, p. 720.
- PACHET. — Syndrome paralytique au cours de l'épilepsie, *Bull. Soc. Clin. Méd. Ment.*, 1911, p. 267.
- PAUTET. — *Bull. Soc. Clin. Méd. Ment.*, 1910, p. 59.
- PARANT (père). — *Ann. Médec. Psychol.*, 1887.

- LOUIS PARANT ET LE MAUX. — Syndrôme paralytique de la débilité mentale, *Ann. méd. psych.*, avril 1922.
- PELZ. — Epilepsie suivie de démence paralytique, *Neurol. Central Blatt*, XXVI, 1 et 14, 1907.
- PETIT ET LIVET. — Affaiblissement intellectuel localisé à la mémoire chez un épileptique, *Bull. Soc. Clin. Méd. Ment.*, 1912, p. 299.
- PITRES ET ARNAUD. — Quelques observations des syndrômes commotionnels simulant les affections organiques du système nerveux central, *Revue neurol.*, 1916, t. II, p. 307.
- RAVAUD. — *Rev. neurol.*, 1920, p. 632.
- RAYMOND ET JANET. — Congrès de Bruxelles, août 1903.
- R. SEMELAIGUE. — Bayle et les travaux de Charenton, Centenaire de la thèse de Bayle, 2^e Rapp., 30 mai 1922.
- SENGES. — Accidents aigus au cours de l'alcoolisme chronique ayant simulé la P. G.
- VALLON. — Pseudo-paralysie générale saturnine et alcoolique, Paris 1894.
- VALLON ET PAUL. — Un cas de P. G. d'origine traumatique, *Encéphale*, décembre 1908.
-



TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	9
CHAPITRE PREMIER. — Généralités.....	11
— II. — Psychose à double forme.....	15
— III. — Epilepsie et paralysie générale.....	29
— IV. — Le syndrome paralytique dans les démences.....	37
— V. — Débilité mentale.....	45
— VI. — Le syndrome paralytique dans les états confusionnels par intoxication.....	49
— VII. — Le syndrome paralytique au cours des infections.....	57
— VIII. — Le syndrome paralytique dans les comotions.....	65
— IX. — Essai de synthèse.....	67
Conclusions.....	71
Bibliographie.....	73

ANGOULÊME

IMPRIMERIE A. OLIVIER & C^e

15, RUE D'ARCOLE, 15

